

CIRI-CIRI PENGAWAS MINUM OBAT YANG DIHARAPKAN OLEH PENDERITA TUBERKULOSIS PARU DI DAERAH URBAN DAN RURAL DI YOGYAKARTA

CHARACTERISTICS OF TREATMENT OBSERVER DESIRED BY PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS IN URBAN AND RURAL YOGYAKARTA

Purwanta

Program Studi Ilmu Keperawatan, FK UGM,
Yogyakarta

ABSTRACT

Background: The result of TB program in Yogyakarta Province in 2000 years was 10.479 suspects TB, 297 newly smear positive cases, 38 TB relapses, 657 newly smear negative cases and chest x ray positive cases. In Yogyakarta municipality there were 26 TB patients that have been actively treated using DOTS, 13 (50%) TB patients had no treatment observer, 5 treatment observers always observe TB patient while taking TB drug. One of thirteen treatment observers correctly implemented the role as prescribed in the guideline. The goal of study is to know the characteristics of treatment observer desired by TB patients in urban and rural area in Yogyakarta Province.

Method: This study used explorative method and cross sectional approach. Subject of this study was twenty TB patients that have been taking of TB's drug. The sampling technique in this study was purposive sampling. Instruments used were in-depth interview and Focus Group Discussion (FGD) guideline. The data collection used were: 1) in-depth interview for five TB patients in each urban and rural areas; and 2) FGD for five TB patients in urban area and eight TB patients in rural area. Step of analysis in this research were editing, coding and descriptive analysis.

Result: Seven of eight TB patients said treatment observer should be above 17 years old. Four of six TB Patients said treatment observer should be female and two TB patients said gender of treatment observers does not matter. Three of seven TB patients said treatment observer should at least have senior high school education and two of TB patients said they should at least have junior high school education. Four TB patients said treatment observers should always have sufficient free time and two TB patients said treatment observer should be unemployed. All TB patients said treatment observer should be TB patient's families and staying the same home.

Conclusion: Some TB patients desired treatment observer who is at least over 17 years old, female, at least with senior high school education, and someone who has free time (unemployed). All TB patients desired treatment observer who is TB patient's families and they staying at the same home.

Keywords: tuberculosis, treatment observer, TB patient

PENGANTAR

Angka kesakitan Tuberkulosis Paru (TB Paru) yang dilaporkan di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) lebih rendah dibandingkan perkiraan nasional. Secara kasar, diperkirakan setiap 100.000 penduduk terdapat 130 penderita baru TB Paru dengan BTA positif. Prevalensi TB Paru di Provinsi DIY adalah 2,2 per mil penderita TB Paru dengan perkiraan jumlah BTA positif 6.600 penderita, Basil Tahan Asap (BTA) negatif 33.000 penderita, dan kematian 425 penderita. Target penemuan kasus untuk Provinsi DIY ditetapkan 3.300 penderita dengan BTA positif (50% dari prevalensi). Tahun 2000 terealisasi sebanyak 977 penderita (29,6%). Hasil

pencapaian program di Provinsi DIY tahun 2000 yaitu 10.479 suspek terdapat 297 kasus baru BTA positif, 38 kasus kambuh, 657 kasus baru BTA negatif, hasil *rontgen* positif dan 15 kasus TB ekstraparu.¹

Di Provinsi DIY terdapat 38,1% penderita yang menjalani pengobatan secara tidak teratur, 50% tidak mempunyai Pengawas Minum Obat (PMO). Penderita TB Paru yang berobat tidak teratur memiliki risiko tidak sembuh 6,91 kali.¹ Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Purwanta² di Yogyakarta terdapat 26 penderita TB Paru yang mendapatkan pengobatan secara aktif, hanya 13 penderita (50%) tidak mempunyai PMO, sedangkan ada 5 penderita PMO yang selalu mengawasi

penderita pada saat minum obat. Pengawas Minum Obat (PMO) yang melaksanakan tugas dengan benar sesuai petunjuk hanya 1 penderita. Efek samping obat dirasakan oleh 3 penderita (11,64%) TB Paru dan tidak melanjutkan minum obat lagi. Ada 7 penderita (26,92%) TB Paru melakukan kontrol dan pengambilan obat di puskesmas yang belum sesuai dengan jadwal.² Hal ini menunjukkan bahwa peran PMO masih sangat lemah dalam pengawasan minum obat dan menganjurkan kontrol secara teratur.

Pengawas Minum Obat (PMO) kurang memperoleh evaluasi dari petugas puskesmas dengan baik mengenai peran dan tugasnya. Kegagalan pengobatan dan kurang kedisiplinan bagi penderita TB Paru sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Salah satunya adalah peran PMO. Kolaborasi petugas kesehatan dengan keluarga yang ditunjuk untuk mendampingi ketika penderita minum obat, juga faktor yang perlu dievaluasi untuk menentukan tingkat keberhasilannya. Berdasarkan permasalahan tersebut dilakukan penelitian tentang ciri-ciri PMO yang dikehendaki bagi penderita TB Paru di daerah urban dan rural di Yogyakarta.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian ini deskriptif eksploratif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Subjek penelitian adalah penderita TB Paru yang masih

dalam masa pengobatan (20 penderita). Teknik *sampling* menggunakan *purposive sampling* untuk penderita TB Paru yang mempunyai kriteria: 1) usia di atas 15 tahun; 2) dalam masa pengobatan 1-6 bulan; dan 3) bersedia menjadi responden. Tempat penelitian yaitu wilayah kerja Puskesmas Gondokusuman I Yogyakarta untuk daerah urban, Puskesmas Seyegan dan Prambanan untuk daerah rural yang berada di bagian barat dan timur Kabupaten Sleman. Cara penentuan puskesmas berdasarkan jumlah penderita terbanyak. Instrumen penelitian menggunakan pedoman wawancara dan pedoman *Focus Group Discussion* (FGD) dengan menggunakan *tape recorder*. Metode pengumpulan data dengan wawancara mendalam terhadap 5 responden pada masing-masing daerah urban dan rural. Peserta FGD 5 penderita di daerah urban dan 8 penderita di daerah rural. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dan dibantu 2 peneliti (mahasiswa) yang sebelumnya telah diberikan penjelasan. Hasil penelitian dilakukan editing dan koding kemudian dianalisis secara deskriptif analitik.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Jumlah responden dalam penelitian ini masing-masing 10 penderita. Karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Penderita Tuberkulosis Paru

No	Karakteristik	Rural		Urban	
		Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
1	Jenis kelamin:				
	Laki-laki	3	30	2	20
	Perempuan	7	70	8	80
	Jumlah total	10	100	10	100
2	Umur:				
	15-24	2	20	3	30
	25-34	1	10	0	0
	35-44	1	10	1	10
	45-54	3	30	3	30
	55-64	3	30	3	30
	Jumlah total	10	100	10	100
3	Pendidikan:				
	Tidak tamat SD	5	50	1	10
	SD	3	30	4	40
	SMP	1	10	2	20
	SMU	1	10	3	30
	Jumlah total	10	100	10	100
4	Pekerjaan:				
	Buruh	3	30	2	20
	Petani	2	20	0	0
	Pedagang	1	10	1	10
	Swasta	0	0	2	20
	Ibu rumah tangga	2	20	2	20
	Pelajar atau mahasiswa	1	10	2	20
	Tidak bekerja	1	10	1	10
	Jumlah total	10	100	10	100
5	PMO:				
	Punya	8	80	8	80
	Tidak punya	2	20	2	20
	Jumlah total	10	100	10	100

Hasil penelitian di daerah rural berdasarkan jenis kelamin dari 10 penderita TB Paru diketahui 3 penderita (30%) laki-laki dan 7 penderita (70%) perempuan. Adapun di daerah urban diketahui 2 penderita (20%) laki-laki dan 8 penderita (80%) perempuan. Hal ini sesuai penelitian Amril, dkk³ bahwa 40 penderita TB Paru perempuan (55,6%) dan 32 penderita laki-laki (44,4%). Hal tersebut berbeda dengan penelitian Yunus dan Taufik⁴ yaitu jumlah penderita TB Paru berjenis kelamin laki-laki 53 penderita dan perempuan 17 penderita. Responden di rural terbanyak berumur 45-64 tahun sejumlah 6 penderita (60%) dan terendah di rural dan urban berumur antara 25-44 tahun yaitu 2 penderita (20%) dan 1 penderita (10%). Penderita TB Paru terbanyak berumur antara 20-25 tahun sebanyak 402 penderita (85,2%)⁴ dan yang berumur 20-29 tahun sebanyak 32 penderita (32%)³, serta yang berumur antara 16-30 tahun sebesar 67 penderita (61,47%)⁵.

Hasil penelitian di daerah rural berdasarkan tingkat pendidikan yaitu tidak tamat SD 5 penderita (50%) yang merupakan jumlah terbanyak, sedangkan di daerah urban yang terbanyak pendidikan SD yaitu 4 penderita (40%). Hal tersebut sama dengan penelitian Amril, dkk³ bahwa penderita TB Paru berpendidikan SD terbesar yaitu 31 penderita (43,1%). Hasil penelitian di daerah rural berdasarkan pekerjaan terbanyak adalah buruh sebanyak 3 penderita (30%), sedangkan di daerah urban masing-masing 2 penderita (20%) untuk buruh, swasta, ibu rumah tangga, dan pelajar atau mahasiswa. Hasil penelitian di daerah rural berdasarkan penderita TB Paru yang mempunyai PMO sebanyak 8 penderita (80%) dan di urban sebanyak 7 penderita (70%). Berdasarkan hasil penelitian tentang penderita TB Paru dengan berbagai karakteristik, ternyata tidak ada yang menonjol pada karakteristik tertentu, sehingga TB Paru merupakan ancaman yang serius pada setiap manusia.

1. Karakteristik PMO yang Diinginkan Penderita Berdasarkan Umur

a. Daerah rural

Berdasarkan wawancara pada 3 responden, di antara mereka mengharapkan bahwa PMO sebaiknya berusia 17 tahun ke atas, 20 tahun ke atas dan lebih tua dari penderita TB Paru. Beberapa alasan yang diberikan antara lain: telah berpikiran dewasa, berani menyampaikan pendapat, dan mampu berkomunikasi. Hal tersebut seperti kutipan di bawah ini.

“PMO itu umurnya ya 17 tahun ke atas karena kalau diajak *omong enak* dan *nyambung*” (R1)

“*Luwih enem, inggih langkung lancar menawi nyriyosi, umuripun inggih sekitar 17-an tahun*” (R2)

(Lebih muda, yaa lebih lancar bila memberi tahu, umurnya yaa sekitar 17 tahun)

“Yang lebih tua, kalau yang dibawahnya kan nggak tahu dan kalau negur kan ga’ enak. Kalau sudah tua itu akan enak saja, umurnya ya sekitar 20 ke atas” (R4)

b. Daerah urban

Berdasarkan hasil wawancara dan FGD, 3 responden mengharapkan PMO itu harus dewasa umurnya, jangan terlalu tua, sehat, bisa sabar, bisa memberikan pelayanan, *telaten*, dan bekerja dengan baik. Hal tersebut seperti kutipan di bawah ini.

“Kalo umur.... yang penting dewasalah karena ini masalah pribadi jadi harus bisa nyimpan rahasia tapi jangan ketuaan atau terlalu muda” (R3)

“*Nuwun sewu, umur niku mbok bilih mboten terbatas ngaten lho, sing penting itu saget caranipun ngladosi kanthi sae, saget telaten, saget sabar, saget ngladosi menopo ingkang dipun kersakaken penderita ...*” (R1)

(..Maaf, masalah umur tidak menjadi masalah, yang penting bisa memberikan pelayanan yang baik, *telaten*, sabar, dan memberikan pelayanan yang dikehendaki penderita)

Pengawas Minum Obat (PMO) sebaiknya berumur 15 tahun ke atas atau harus disegani oleh penderita⁶ karena pada umur tersebut emosi seseorang mulai stabil dan mampu menyelesaikan masalah dan menerima tugas dengan tanggung jawab.⁷ Di samping itu, umur 15 tahun ke atas pengalaman dan pengetahuannya sudah luas dan mampu menerima penyuluhan yang diberikan oleh petugas puskesmas.

Orang yang dewasa dianggap mampu mengembangkan suatu pandangan hidup sebagai suatu “kesatuan nilai yang integral”, yaitu salah satu hasil yang dicapai orang dewasa. Hal tersebut dikarenakan dapat menempatkan semua kejadian, kebenaran, dan nilai-nilai dalam satu sudut pandang tertentu yang mencakup segalanya.⁸

2. Karakteristik PMO yang Diinginkan Penderita Berdasarkan Jenis Kelamin

a. Daerah rural

Berdasarkan hasil wawancara dan FGD didapatkan jawaban bahwa beberapa responden menginginkan PMO adalah seorang perempuan, istrinya dan ada yang

tidak mempermasalahkan jenis kelamin. Hal ini karena perempuan mempunyai sifat sabar dan telaten. Hal tersebut seperti kutipan di bawah ini.

“Menawi pendamping meniko saenipun nggih tiyang setri amargi mben dinten awor, ugi tiyang setri biasane sabar” (R4)
(Kalau PMO itu yang baik perempuan karena setiap hari ada di rumah dan bisaanya sabar)

“PMO meniko sami mawon, ngak ada kakung putri nggih saged, pokoke bersama” (R7)
(PMO itu sama saja baik laki-laki maupun perempuan, yang penting bersama dengan penderita)

b. Daerah urban

Berdasarkan hasil wawancara dan FGD, sebagian besar responden mengatakan tidak menjadi masalah kalau PMO itu laki-laki atau perempuan yang penting mempunyai waktu luang dan mengetahui kondisi penderita. Hal tersebut seperti kutipan di bawah ini.

“Jenis kelamin tidak masalah semua sama saja asal bisa mengingatkan minum obat” (R1)

“Kalo jenis kelamin ya nggak masalah mau lanang (laki-laki) mau wedok (perempuan) yang penting dia ngerti keadaan kita dan mau meluangkan waktunya untuk memberi perhatian pada kita” (R1)

“Kalo saya itu masalah itu laki perempuan sama saja yang penting itu bisa istilahnya bisa ngladeni, bisa sabar, saling pengertian, kalo laki perempuan nggak masalah.” (R4)

3. Karakteristik PMO yang Diinginkan Penderita Berdasarkan Pendidikan

a. Daerah rural

Berdasarkan hasil wawancara dan FGD, beberapa responden berpendapat tentang pendidikan PMO, antara lain: minimal SLTP/SMU/ sederajat. Beberapa responden memberikan pertimbangan antara lain: wawasan dan pengalaman yang lebih luas, mudah diajak berkamuikasi, dan pengetahuan tentang kesehatan juga baik. Hal tersebut seperti kutipan di bawah ini:

“Jenjang pendidikane kalau bisa SMU karena kalau ngomong sama penderita yang berpendidikanawasannya lebih luas kalau nggak berpendidikan mungkin kita nggak nyambung kalo komunikasi” (R1)

“Ya minimal itu SMU, karena pengetahuane tentang kesehatan lebih baik dan juga pengalamannya lebih luas” (R4)

“.... pendamping menawi mboten gadah pendidikan niku sronta-sronto, pengene sak

duwur-duwure menawi mboten wonten inggih minimal SMP” (R3)

(Kalau tidak berpendidikan itu membingungkan, kalau boleh pendidikan yang diatasnya dan kalau tidak ada boleh SMP)

b. Daerah urban

Berdasarkan hasil wawancara dan FGD, beberapa responden berpendapat tentang pendidikan PMO, antara lain: masalah pendidikan bukan masalah, yang penting PMO itu bisa memperhatikan yang sakit, bisa membaca dan menulis, bisa mengerti dengan tugasnya, serta memiliki komitmen. Adapun yang mempunyai pendidikan lebih tinggi karena PMO perlu tahu mengenai penyakit TB Paru. Hal tersebut seperti kutipan di bawah ini.

“Kalo pendidikan ya nggak masalah ya, yang penting dia mau dan mengerti keadaan penderita yang sakit” (R4)

“PMO perlu tahu tentang TBC sedikit, jadi kalau bisa yang agak tinggi lah (pendidikannya)” (R1)

“Masalah pendidikan mau SD, SMA, PT kulo mboten (saya tidak) masalah sing baku piyambake (yang penting dia) bisa baca dan nulis serta hatinya baik, cara melayani si penderita” (R4)

“Milih yang PT karena lebih stabil lagi, tapi kalo yang SMA bisa bekerja lebih baik dari PT kenapa tidak, ya yang penting bekerjanya bukan tingkat pendidikannya” (R2)

Hasil penelitian di rural dan urban menunjukkan bahwa PMO merupakan pekerjaan yang bersifat sukarela dan tanpa dibayar sehingga tidak mempermasalahkan tingkat pendidikannya. Namun, beberapa responden mengatakan kalau PMO itu sebaiknya pendidikannya yang agak tinggi karena PMO itu butuh pengetahuan tentang TB Paru, cara pencegahan dan penanggulangannya. Hal tersebut sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa pendidikan PMO sangat berpengaruh terhadap baik buruknya penyuluhan dan cara memotivasi penderita, makin baik cara memotivasi dan memberikan materi penyuluhan akan makin baik pula hasil yang didapat yaitu kepatuhan penderita.⁹ Hasil penelitian lain menyatakan bahwa tingkat pendidikan akan mempengaruhi kemampuan untuk menerima informasi tentang penyakit terutama penyakit TB Paru.¹⁰ Hasil penelitian tentang karakteristik pendidikan PMO yang dikehendaki sangat berkaitan dengan pemahaman tentang kesehatan karena tugas PMO sendiri antara lain mengawasi penderita TB Paru agar menelan obat secara teratur sampai selesai

pengobatan dan memberikan penyuluhan tentang TB Paru pada anggota keluarga.⁶

4. Karakteristik PMO yang Diinginkan Penderita Berdasarkan Pekerjaan dan Jumlah Waktu Luang

a. Daerah rural

Berdasarkan hasil wawancara dan FGD, PMO sebaiknya yang bekerja tetapi masih mempunyai waktu luang dan tidak bekerja. Hal tersebut seperti kutipan di bawah ini.

“...inggang nyambut damel sae, mboten inggih sae, karena wektu ngunjuk obat niku pun wektune kendel sing nyambut damel pun mantuk sing mboten inggih pun ten ndalem” (R3)

(PMO yang mempunyai pekerjaan dan yang tidak sama-sama baik, karena waktu minum obat biasanya pada saat yang bekerja sudah pulang)

“...sing nyambut damel, amargi saged nyukupi kebutuhan tapi ugi gadah wektu luang saenggo saged ngawasi” (R8)

(PMO yang bekerja karena untuk mencukupi kebutuhan rumah tetapi yang mempunyai waktu luang sehingga bisa mengawasi)

“...Yang nggak punya pekerjaan karena kalau kerja dia terfokus pada kerjanya dan bisa lupa dengan tugas dia sebagai PMO bagi kita” (R1)

b. Daerah urban

Berdasarkan hasil wawancara dan FGD ada beberapa responden yang berpendapat: punya waktu luang, pekerjaan tidak menjadi masalah yang penting PMO bisa meluangkan waktu, dan yang bekerja di kesehatan dan punya waktu luang. Hal tersebut seperti kutipan di bawah ini.

“Nyambut gawene mboten masalah sing penting pas kulo mimik obat saget ngelingke (pekerjaannya nggak masalah yang penting waktu saya minum obat bisa mengingatkan)” (R2)

“Kalo pekerjaan nggak masalah ya, yang pasti jangan terlalu sibuk nanti malah nggak ada waktu untuk ngurus yang sakit” (W6)

“Kalo jadi PMO ya ... nggak masalah kerjanya apa sing penting dia ada waktu untuk kita, tapi kalo ada lebih baik yang berlatang belakang kesehatan, kan lebih mudah kalo kita ada apa-apa” (R4)

“Ya kalo masalah waktu luang relatif ya ..., tergantung siapa yang jadi PMO, kalo ibuku.. kan hampir setiap hari di rumah jadi nggak masalah, tapi kalo bisa PMO itu harus ada disaat penderita mau minum obat” (R5)

Hasil penelitian baik di rural dan urban berhubungan dengan status sosial ekonomi dari PMO. Bila PMO bekerja maka dengan kondisi sosial ekonomi yang *mapan*, PMO dapat menyempatkan waktunya untuk memberi penyuluhan dan pengawasan kepada penderita.¹¹ Hal ini sesuai hasil penelitian yang mengatakan bahwa informasi tentang TBC (penyuluhan) pada penderita lebih banyak diberikan oleh keluarganya (60,7%).¹² Jadwal waktu minum obat bisa disesuaikan antara PMO yang bekerja dengan penderita, sehingga pada saat penderita minum obat PMO mendampingi. Hasil penelitian tersebut sangat menekankan waktu luang bagi PMO dan tidak memperlakukan pekerjaan karena sesuai dengan pertimbangan tugas PMO yaitu mengawasi penderita TB agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan dan mendorong penderita agar berobat secara teratur.⁶ Pengawasan ketat dalam tahap pengobatan fase intensif sangat penting untuk mencegah terjadinya kekebalan (resistensi) obat. Pada tahap lanjutan penderita mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu lebih lama. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman *persisten (dormant)* sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.⁶

5. Karakteristik PMO yang Diinginkan Penderita Berdasarkan Jarak

a. Daerah rural

Berdasarkan wawancara pada beberapa responden, maka di antara mereka mengharapkan bahwa PMO itu tinggal serumah dengan penderita. Hal tersebut agar dapat diketahui apakah penderita minum obat atau belum, sudah tahu kebiasaan penderita, dan dapat mengawasi penderita minum obat. Hal tersebut seperti kutipan di bawah ini.

“..saene tunggal griyo alasane saged ngladosi,.. padane ndamelke unjukan, ngladosi obate, nyiapke daharane, menawi tebeh yen perlu ndadak kedah nyeluk” (R3)
(lebih baik yang tinggal serumah alasannya bisa memberikan pelayanan seperti membuatkan minum, menyiapkan obat, makan, kalau jauh dan ada keperluan mendadak harus memanggil)

“Serumah..kan sudah tahu kebiasaan yang dilakukan oleh penderita” (R4)

b. Daerah urban

Berdasarkan FGD dan wawancara pada beberapa responden, maka di antara mereka mengharapkan bahwa PMO itu yang tinggal

serumah atau yang terdekat dengan penderita dengan alasan mudah mengingatkan, tidak merepotkan penderita lain, dan sewaktu-waktu dibutuhkan cepat datang. Hal tersebut seperti kutipan di bawah ini.

“Sebaiknya yang mengingatkan itu ya ... satu rumah *ben ora lali ngelingke* (agar tidak lupa mengingatkan)” (R2)

“Kalo bisa ya, yang dekat biar bisa setiap hari ketemu, kalo jauh kan.. kasihan yang jadi pengingat minum obatnya yang *wira-wiri* ke rumah saya dan kalo sama keluarga kan lebih enak dan lebih akrab” (R3)

“Ya kalo bisa yang serumah dan satu keluarga gitu, kan kalo penderita luar kan belum tentu seperti yang kita harapkan lagian kalo ada yang serumah ngapain merepotkan penderita lain, kan gitu to dik?” (R4)

“Kalo menurut saya yang lebih bagus itu keluarga dekat dan tinggal satu rumah jadi kan selalu ada di rumah PMO-nya dan kalo dibutuhkan bisa cepat.” (R6)

Berdasarkan hasil penelitian baik di daerah urban dan rural menunjukkan bahwa PMO yang diharapkan adalah penderita yang tinggal satu rumah. Hal ini sesuai dengan petunjuk dari Depkes RI⁶ bahwa PMO adalah seseorang yang tinggal dekat dengan rumah penderita, bersedia membantu penderita dengan sukarela. Pengawas Minum Obat (PMO) yang tinggal satu rumah dengan penderita maka bisa mengawasi penderita sampai benar-benar menelan obat setiap hari, sehingga tidak terjadi putus obat. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa PMO penderita TB Paru yang serumah memberikan tingkat keberhasilan pengobatan dengan DOTS sebesar 86,1%. Tingkat keberhasilan ini karena adanya komunikasi yang mudah, budaya dan bahasa yang sama, keengganan dan dukungan emosional yang lebih besar terhadap penderita daripada PMO yang tidak serumah.³ Adapun faktor yang mempengaruhi kesembuhan penderita TB Paru adalah pengawasan pengobatan di rumah.¹³

Hal ini sesuai dengan pengertian keluarga yaitu unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa penderita yang terkumpul dan tinggal satu atap yang saling ketergantungan.¹⁴ Hal tersebut mendukung fungsi keperawatan keluarga yang dapat menjadi sumber kesehatan yang efektif dan utama dengan cara keterlibatan keluarga dalam tim perawatan dan keseluruhan proses terapeutik sebagai PMO.¹⁵ Bila PMO tidak tinggal serumah, maka pengawasan penderita dalam minum obat menjadi tidak efektif. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa 16

penderita (61,54%) TB Paru belum pernah dikunjungi petugas kesehatan.²

6. Karakteristik PMO yang Diinginkan Penderita Berdasarkan Hubungan

a. Daerah rural

Berdasarkan hasil wawancara dan FGD pada beberapa responden bahwa di antara mereka mengharapkan sebaiknya PMO itu adalah keluarga sendiri baik anak dan pasangannya. Hal tersebut seperti kutipan di bawah ini.

**“Pengawase inggih anak kulo... *lha sing ngadep inggih anak kulo niki*” (R5)
(Pengawasnya ya... anak saya ...lha yang bersama saya anak saya ini)**

“..Yang menjadi pengawas itu....suami *kalian* (dengan) anak” (R6)

**“...*ing kang ngingetaken ngunjuk obat nggih istri... kajenge rumaket*” (R7)
(Yang mengingatkan minum obat yaa.. istri,...agar tambah hormanis)**

b. Daerah urban

Berdasarkan hasil wawancara dan FGD pada beberapa responden bahwa di antara mereka mengharapkan sebaiknya PMO itu adalah keluarga sendiri baik anak dan pasangannya dengan alasan bisa dipercaya, bisa tetangga jika penderita tidak mempunyai keluarga. Hal tersebut seperti kutipan di bawah ini.

“Ya kalo bisa ya ... yang sekeluarga biar enak, lagian kan yang ngerti yang sakit kan ... keluarganya bukan penderita lain” (R4)

“*Nggih* bisa satu rumah satu atap *sing* kekeluargaannya paling harmonis, paling akrab, paling baik, kalo tetangga paling dekat jaraknya, paling dekat secara personal.” (R6)

“Kalo itu sebaiknya yang dekat dengan penderita ya karena biasanya yang tahu keadaannya kan penderita terdekat, kalo bisa yang ada hubungan keluargalah” (R3)

“Kalo tinggal sendiri itu ya.. minta tolong penderita lain, yaitu penderita yang paling dekat, tetangga tetapi yang sudah seperti keluarga sendiri, kalo penderita hidup sendiri lho” (R1)

Hasil penelitian di rural dan urban sesuai dengan persyaratan PMO yaitu dikenal, dipercaya, disetujui, disegani, dihormati, dan tinggal bersama penderita.⁶ Pengawas Minum Obat (PMO) dari anggota keluarga mempunyai beberapa keuntungan, antara lain dekat dengan penderita agar setiap saat bisa memantau minum obat, memiliki ikatan emosional

sehingga penderita merasa mendapat perhatian dari keluarganya, lebih dekat dan dipercaya oleh penderita, PMO lebih memberi perhatian pada penderita.¹⁶ Hal ini seperti hasil penelitian bahwa PMO yang berasal dari pasangannya sebesar 23 penderita (88,5%).¹⁶ Pengawas Minum Obat (PMO) yang tinggal satu rumah bila terjadi efek samping obat akan cepat diketahui dan dapat ditanggulangi. Dukungan keluarga dan pemberian semangat mempunyai andil yang besar dalam peningkatan kepatuhan pengobatan.⁹ Dukungan emosional PMO pada penderita TB Paru sangat dibutuhkan karena tugas PMO adalah memberikan dorongan kepada penderita agar mau berobat secara teratur dan mengingatkan penderita untuk periksa ulang dahak pada waktu yang ditentukan.⁶

KESIMPULAN DAN SARAN

Persyaratan PMO yang dikehendaki oleh penderita TB Paru di rural maupun urban adalah bahwa tujuh dari delapan responden mengatakan sebaiknya PMO itu berumur 17 tahun ke atas. Empat dari enam responden mengatakan bahwa PMO itu sebaiknya perempuan, dua responden mengatakan jenis kelamin tidak menjadi masalah. Tiga dari tujuh responden mengatakan bahwa pendidikan PMO itu sebaiknya minimal SMU atau sederajat, dua responden mengatakan minimal adalah SLTP. Empat responden mengatakan sebaiknya PMO itu adalah mempunyai waktu luang dan dua responden mengatakan PMO itu yang tidak bekerja. Semua responden mengatakan bahwa sebaiknya PMO itu tinggal serumah dengan penderita dan keluarga penderita sendiri.

Penentuan PMO sebaiknya bekerja sama dengan keluarga dan penderita agar PMO yang dipilih sesuai dengan harapan penderita TB dengan mempertimbangkan: umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan atau waktu luang, jarak, dan hubungan dengan penderita. Dinas kesehatan kota/kabupaten perlu membuat petunjuk teknis bagi koordinator TB puskesmas untuk memilih PMO sesuai harapan penderita. Untuk itu, masih perlu dilakukan penelitian lanjutan tentang ciri-ciri PMO dan pengaruh PMO dengan kepatuhan minum obat bagi penderita TB Paru.

KEPUSTAKAAN

1. Nugroho, A.S.D. Pola Perawatan Penderita Tuberkulosis Paru di Lingkungan Keluarga Selama Pengobatan Fase Pendek (Enam Bulan) di Kota Yogyakarta. KTI. FK UGM, Yogyakarta. 2001.
2. Purwanta. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketaatan Minum Obat bagi Penderita TB Paru di Kota Yogyakarta. Riset UGM, Yogyakarta. 2003.
3. Amril, Y., Surjanto, E., Suradi, dan Baktiar A. Keberhasilan DOTS pada Pengobatan TB Paru di BP 4 Surakarta. Jurnal Respirologi Indonesia. Jakarta. 2003; 23:2.
4. Taufik dan Yunus F. Tuberkulosis Paru Pada Penderita Tua. Jurnal Respirologi Indonesia: Jakarta. 1999;19(2).
5. Reviono, Embran D., dan Dianita. Profil Penderita TB Rawat Jalan di Poliklinik Paru RS Persahabatan Jakarta. Jurnal Respirologi Indonesia. Jakarta. 2001; 21: 2.
6. Depkes RI. Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis, Cetakan ke-7. Jakarta. 2002.
7. Hurlock, E. Developmental psychology. A life Span Approach, Fifth Edition. McGraw-Hill, Inc, England. 1980.
8. Haditono, S.R. Psikologi Perkembangan, Gajah Mada University Press, Yogyakarta. 2001.
9. Becher. Patient Adhere to Prescribed Therapies. Medical Care. 1997;23:539.
10. Rachmanu, J.M. Faktor-Faktor Risiko yang Mempengaruhi Kejadian konversi Dahak pada Penderita TB Paru Setelah Pengobatan Fase Intensif di Puskesmas dan BP4 Kabupaten Dati II Bantul. Tesis. Pascasarjana UGM. Yogyakarta. 1997.
11. Setiabudi, S. Efektivitas Pengawas Minum Obat Pada Konversi Dahak Penderita Tuberkulosis Paru. Kajian antara Petugas Kesehatan dan Tokoh Masyarakat di Kabupaten Pekalongan. Tesis. Pascasarjana UGM. Yogyakarta. 2000.
12. Navio, J.L.P., Yuste, M.R; and Pasicatan, M.A. Socioeconomic Determinants of Knowledge and Attitudes about Tuberculosis among the General Population of Metro Manila, Philippines. INT J TUBERC LUNG DIS. 2002;6(4):301–306.
13. Fadlul. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesembuhan Penderita Penyakit Tuberkulosis Setelah Pengobatan Jangka Pendek (6 bulan) di Kabupaten Sumba Timur Provinsi Nusa Tenggara Timur. Tesis. Pascasarjana UGM. 2000.
14. Depkes RI. Perawatan Kesehatan Keluarga, Pusdiklat Nakes, Jakarta. 1998.
15. Friedman M. Teori dan Praktik Keperawatan Keluarga, Edisi 3. EGC. Jakarta. 1998.
16. Kusbiyantoro. Perbandingan Efektivitas Kader Kesehatan dan Tokoh Masyarakat Sebagai Pengawas Minum Obat Terhadap Kepatuhan Minum Obat dan Konversi Dahak Penderita Tuberkulosis Paru di Kabupaten Kebumen. Tesis. Pascasarjana UGM. Yogyakarta. 2002.